

# COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon ggf. auch dienstlich

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt (1. Befundbericht)

ggf. Kopie des Befundberichtes an: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Computertomographie überwiesen, einer speziellen Röntgenschnittuntersuchung.

Für gute Ergebnisse ist es wichtig, dass Sie still liegen und gegebenenfalls die Atemkommandos beachten. Die Untersuchung dauert je nach medizinischer Fragestellung zwischen 10 und 45 Minuten.

Bei bestimmten Untersuchungen (Bauch- und Beckenorgane, Speiseröhre) ist außerdem meist eine Kontrastierung der Verdauungsorgane durch trinkbares Kontrastmittel erforderlich, das je nach Anweisung über einen Zeitraum von 0,5 - 1,5 Stunden vor der Untersuchung langsam getrunken werden muss.

Viele Erkrankungen lassen sich nur nach Einspritzen eines jodhaltigen Kontrastmittels in eine Vene nachweisen. Dieses moderne Röntgenkontrastmittel ist allgemein gut verträglich, gelegentlich kann es zu einem Wärmegefühl, seltener zu einer allergischen Reaktion kommen. Ernste Komplikationen (Kreislauf- und/oder Atemwegs-Reaktionen) treten sehr selten auf. Patienten mit Kontrastmittelallergie müssen diese unbedingt angeben (Gesundheitsgefahr).

Bitte helfen Sie uns, Risiken zu vermindern, indem Sie uns die umseitig aufgeführten Fragen beantworten (bitte ankreuzen).

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen gerne.



**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**  
Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50**  
**49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100  
Telefax: 0541-6001010  
www.drewes-partner.de  
info@drewes-partner.de

**BITTE WENDEN!!!**

1. Ist bei Ihnen eine Röntgenuntersuchung nach einer Kontrastmittelinjektion durchgeführt worden (CT, DSA, Angiographie, Nieren, Galle, etc.)?  ja  nein  
Welche Untersuchung? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Gab es irgendwelche Nebenwirkungen?  ja  nein  
Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
2. Bestehen bei Ihnen Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
3. Haben Sie Bronchial-Asthma?  ja  nein
4. Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein  
Schilddrüsenmedikamente? \_\_\_\_\_
5. Besteht bei Ihnen ein Plasmozytom (Bluteiweißerkrankung)?  ja  nein
6. Sind Sie herz-, nieren- oder zuckerkrank?  ja  nein  
(Zutreffendes bitte unterstreichen)
7. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, o.ä.)  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Sind Sie im Untersuchungsbereich voroperiert?  ja  nein  
wann? \_\_\_\_\_  
was? \_\_\_\_\_
9. Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung festgestellt?  ja  nein  
was und wann? \_\_\_\_\_
10. Wurde seit der letzten Voruntersuchung eine Behandlung durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein

Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Falls aus medizinischen Gründen erforderlich, bin ich mit einer intravenösen Kontrastmittel-Verabreichung einverstanden:

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie andere Leistungserbringer.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

---

**Datum, Unterschrift**